

некоторых авторов 35-71% (Буянов, 1997; Кузнецов, 1997).

Улучшение результатов лечения больных этой категории в последние годы связывается, в том числе, и с оптимизацией метода пролонгированной декомпрессии раздутого кишечника.

С 1994 года для этой цели нами применяются трехпросветные назогастроинтестинальные зонды оригинальной конструкции. Один канал зонда дренирует желудок и 12-перстную кишку, второй - тощую, третий - подвздошную кишки. Использование таких зондов позволяет не только проводить адекватную декомпрессию желудочно-кишечного тракта, но и изучать характер патобиологических изменений на разных этапах кишечника и в зависимости от выявленных отклонений проводить коррекцию синдрома энтеральной недостаточности.

Проводимые нами исследования токсичности кишечного отделяемого на тест-объекте *Nitella Glexilis* свидетельствуют о том, что несмотря на декомпрессию и консервативное лечение токсичность различных отделов ЖКТ в раннем послеоперационном периоде в 3-5 раз превышает норму, при этом сохраняется избыточная бактериальная колонизация интубированного кишечника. Целью нашего исследования была разработка методики, позволяющей снизить вклад "кишечного фактора" в формирование выраженности эндогенной интоксикации. Суть ее состоит в подавлении избыточной бактериальной колонизации различных отделов кишечника и непрямого электрохимического окисления кишечного отделяемого с помощью гипохлорита натрия (NaClO) с последующим связыванием токсических субстанций и сорбцией микроорганизмов крахмал стабилизированной суспензией угольного сорбента "Белосорб".

Для коррекции избыточной бактериальной колонизации тонкой кишки применялся гипохлорит натрия, который благодаря своему бактерицидному и антигипоксическому эффекту обеспечивает не только "стерилизацию" кишечника, но и уменьшает гипоксию кишечной стенки.

Препарат вводили в количестве 100,0 мл в каждый канал зонда 2 раза в сутки через 12 часов, в концентрации 900 ммоль/л. После этого каналы зонда перекрывали на 30-40 минут. Введение препарата начинали на операционном столе. С первых суток послеоперационного периода для снижения токсичности кишечного отделяемого через 30-40 минут после введения NaClO применялась крахмал стабилизированная суспензия угольного сорбента "Белосорб".

Использование с целью энтеросорбции крахмал стабилизированной суспензии "Белосорба" позволяет осуществить равномерное распределение сорбента в кишечнике в условиях пареза, а также предотвратить засорение отверстий в каналах зонда мелкими частичками угля. Кроме того, полученные ранее нами данные свидетельствуют о том, что уровень аμιлолитической активности кишечного содержимого в раннем послеоперационном периоде остается высоким, что делает возможным расщепление входящего в состав суспензии крахмала и использование его как пластического и энергетического материала. Препарат вводили во 2 и 3 каналы зонда (тощая и под-

Кирковский В.В., Третьяк С.И.,
Руммо О.О., Жидков С.А., Морозова Е.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ И ЭНТЕРОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ПЕРИТОНИТЕ

/ Минск /

Хорошо известно, что послеоперационная летальность при запущенных формах илеуса и перитонита является высокой, достигая по данным

вздошная кишки) 2 раза в сутки из расчета 2 мл на 1 кг массы больного.

Исследования проводили в 2-х группах больных. Первую составил 21 пациент с запущенными формами кишечной непроходимости и перитонитом, которым наряду с декомпрессией проводилось введение гипохлорита натрия. Вторую - 18 больных, которым вводили как гипохлорит натрия, так и суспензию угольного сорбента "Белосорб". Нами изучалась токсичность кишечного отделяемого на тест-объекте *Nitella Glexilis*, уровень "средних молекул" в плазме крови по методике Габриэлян Н.И., проводилось определение лейкоцитарного индекса интоксикации по формуле Я.Я.Каль-Калифа, количественный состав кишечной микрофлоры.

В первой группе больных сразу после введения гипохлорита натрия количество микроорганизмов в 1 мл кишечного содержимого значительно снизилось, а у некоторых больных пробы на посев были отрицательны. К 3-4 суткам послеоперационного периода количество микроорганизмов в полученных пробах несколько возрастало.

При изучении токсичности содержимого различных отделов ЖКТ на тест-объекте *Nitella Glexilis* оказалось, что введение NaClO существенно не влияет на токсичность кишечного содержимого, однако уровень "средних молекул" в плазме крови оперированных больных через 4 часа после введения гипохлорита натрия снижалась на $0,12 \pm 0,04$ у.е. Это связано с тем, что антитоксический эффект гипохлорита натрия в данной концентрации не достаточен в условиях массовного разрушения микроорганизмов и выделения токсических субстанций.

Во второй группе наблюдалось значительное снижение токсичности кишечного отделяемого. К моменту извлечения зонда (3-4 сутки) показатели токсичности были близки к норме. Внутрикшечное введение энтеросорбента приводит к существенному снижению уровня эндогенной интоксикации в организме. Так, в первые сутки после операции уровень "средних молекул" в плазме крови и ЛИИ снижались на $0,20 \pm 0,04$ УЕ и $2,2 \pm 0,3$ УЕ соответственно. При этом сочетанное введение гипохлорита натрия и крахмал стабилизированной суспензии сорбента "Белосорб" существенно не влияет на динамику изменения количественного состава микрофлоры.

Таким образом, применение гипохлорита натрия и крахмал-стабилизированной суспензии угольного сорбента "Белосорб" в комплексном лечении синдрома энтеральной недостаточности при кишечной непроходимости и перитоните позволяет существенно снизить уровень эндотоксикоза в организме, что способствует снижению послеоперационной летальности и скорейшему выздоровлению больных.